

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'Angers

Année 1968

N° XXXX 19

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

par

Jean-Paul ROCHARD

né le 30 Septembre 1937 à Angers (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1968

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
du CANCER du COL
associé au PROLAPSUS UTÉRIN
(à propos d'une observation)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE DE NANTES-ANGERS

Section d'Angers

Année 1968

N° 575

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

Jean-Paul ROCHARD

né le 30 Septembre 1937 à Angers (Maine-et-Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 18 Décembre 1968

CONTRIBUTION à l'ÉTUDE
du CANCER du COL
associé au PROLAPSUS UTÉRIN
(à propos d'une observation)

Président : Monsieur le Professeur ROUCHY

FACULTE MIXTE de MEDECINE et de PHARMACIE

- A N G E R S -

Directeur Honoraire de l'Ecole Préparatoire M. METZGER

Professeurs Honoraires de l'Ecole Nationale :

M.M. DAVID, ROUSSEAU, SARAZIN, AMSLER.

VICE-DOYEN : Mr R. R O U C H Y Assesseur : Mr H. G E R M A I N

I - PROFESSEURS

- Professeurs Titulaires :

M.M. COTTIN	Chimie Générale
DELAITRE	Clinique Médicale Infantile
DESJOBERT	Pharmacie chimique et Toxicologie
FRESSINAUD	Clinique Médicale B
GERMAIN	Botanique et Cryptogamie
GOYER	Clinique Chirurgicale B
GUERIN	Biophysique Médicale
GUNTZ	Anatomie
HERISSET	Matière médicale
HERMANN	Clinique Ophtalmologique
JOLIVET	Chimie Analytique
LAFARGUE	Pharmacie Galénique
MARTIN	Pathologie Chirurgicale
MENARD	Hygiène et Médecine Sociale
NAULLEAU	Clinique Chirurgicale
OURY	Clinique Pneumo-Phtisiologique
PERREAU	Clinique Médicale A
RENIER	Rhumatologie
ROUCHY	Clinique Obstétricale & Gynécologique
SIMARD	Anatomie Pathologique

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE

M.M.	HOCQUET	Parasitologie (M.C.A.)
	PARSY	Oto-Rhino-Laryngologie
	PERTUS	Urologie
	ROGNON	Chirurgie générale

III - AGREGES

M.M.	GODLEWSKI	Neurologie et Psychiatrie
	TESTARD	Pédiatrie
	THUAU	Pathologie Médicale

IV - MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M.M.	AUGEREAU	Pharmacodynamie
	BAILLY	Physique
Mme	CAVELLAT	Anesthésiologie
M.M.	CARON	Electroradiologie
	COULLAUD	Physiologie
	FRESNEAU	Chef des Chroniques B
	HY	Dermato-Vénérologie
	JOUBAUD	Médecine Générale et Expérimentale
	PILLET	Anatomie
	PILLOT	Bactériologie
	PLANE	Chirurgie générale
Mlle	PRELOT	Zoologie
M.M.	TADEI	Thérapeutique
	de VERNEJOUL	Physique médicale

Secrétaire de la Faculté M. R. MAILLEUX

Conservateur de la Bibliothèque de l'Université Madame GALKOWSKI

A ma Femme

A ma Fille

A la mémoire de mon Père

A ma Mère

A mes Beaux-Parents

A toute ma Famille

A mes amis et camarades d'étude.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR ROUCHY

Professeur à la Clinique Obstétricale et Gynécologique

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie d' ANGERS

Officier de la Légion d'Honneur

Nous avons eu l'honneur de travailler dans son Service où il nous a toujours témoigné la plus grande bienveillance. Nous avons pu bénéficier de son enseignement remarquable. Il a bien voulu nous confier le sujet de cette thèse. Nous sommes heureux de lui exprimer notre déférente gratitude et nous le remercions vivement du très grand honneur qu'il nous fait en acceptant de présider ce jury.

A Monsieur le PROFESSEUR PERREAU

Professeur de CLINIQUE MEDICALE

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

qui nous a fait le grand honneur d'être notre Juge.

L'enseignement reçu dans son
Service a formé la base de
notre savoir médical.
Qu'il soit assuré de la pro-
fonde reconnaissance et du
grand respect que nous lui
témoignons.

A Monsieur le PROFESSEUR OURY

Professeur de CLINIQUE PNEUMO-PHTYSIOLOGIQUE

Médecin des Hôpitaux

qui nous a fait le grand honneur d'être notre Juge.

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de notre gratitu-
de pour l'enseignement à la
fois médical et humain que
nous avons reçu auprès de lui
et qui nous a profondément
marqué.

A Monsieur le PROFESSEUR TADEI

Maître de Conférence Agrégé de Thérapeutique

Medecin des Hôpitaux.

qui nous a fait le grand honneur d'être notre Juge.

Un semestre de travail dans son Service nous a donné l'occasion d'apprécier la richesse de ses connaissances et de son expérience.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GROSIEUX

Chef de Clinique - Assistant des Hôpitaux

Qui a participé pour une grande part à ce travail.

Qui nous a toujours prodigué ses conseils et encouragements avec bienveillance.

Qu'il trouve ici l'expression de nos vifs remerciements.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

- Stages Monsieur le Professeur PERREAU
 Monsieur le Professeur NAULLEAU
 Monsieur le Professeur GOYER
 Monsieur le Professeur DELAITRE

- Externat Monsieur le Professeur PERREAU
 Monsieur le Professeur ROUCHY
 Monsieur le Docteur BONHOMME
 Monsieur le Docteur HECK
 Monsieur le Professeur OURY
 Monsieur le Docteur BAYLE
 Monsieur le Professeur FRESNEAU

Avec notre profond respect.

Par délibération en date du 28 janvier 1966, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

P L A N

	Pages

I - HISTORIQUE et FREQUENCE	1
II - PATHOGENIE	4
III - OBSERVATION	9
IV - DIAGNOSTIC du CANCER du COL ASSOCIE au PROLAPSUS UTERIN	16
V - TRAITEMENT	24
VI - CONCLUSION	31
VII - BIBLIOGRAPHIE	33

HISTORIQUE

S'il est banal de trouver chez des femmes âgées un prolapsus génital, et si les examens systématiques permettent de dépister souvent des cancers du col, l'association prolapsus cancer du col est rare. Cette rareté paraît de prime abord étrange. En effet si l'on met en parallèle nos connaissances concernant l'étiologie du cancer du col et les lésions cervicales que l'on rencontre dans les cas avancés de prolapsus, on est frappé par la nature paradoxale de ce phénomène.

Depuis la première observation de prolapsus cancérisé rapportée par WEINLECHER (1814), on ne retrouve que 170 cas publiés dans la littérature mondiale - ce qui correspond parfaitement à ce que mentionnait FRISCHT (1884) qui écrivait : " Il est étonnant de voir comme l'utérus prolapsé semble immunisé contre le cancer".

En 1893, PROMTOW ajoute quatre observations personnelles aux 29 observations déjà connues. Entre 1894 et 1926, SCHMITT et Mac LEOD et KURZ en apportent quatre autres. C'est à la suite de cette constatation que trois enquêtes ont été menées : En Europe : DELVAUX (1931) reçoit les réponses de HARTMANN, de GREGOIRE (Paris), d'HAMANT (Nancy), de WEIBEL (Prague), de SCHRODER (Kiehl) et de SHELLMANN (Leyzig) qui n'en ont jamais vu. Seul Jean-Louis FAURE en a observé quatre cas.

Aux Etats-Unis, à la même époque, 48 Gynécologues répondent au questionnaire de GUNTHERIE et BACHE. 28 n'ont jamais vu l'association - 11 l'ont vue une seule fois et 9 l'ont vue deux fois et plus. Il s'agissait donc bien d'une association exceptionnelle correspondant

à 20 % des cancers du col, 0.17 % des prolapsus totaux. Enfin GEILHORN en 1933 , en Angleterre, relève sur une période de 5 ans, quatre cas de cancer du col utérin sur prolapsus.

De 1935 à 1948, JUDD, à la Mayo Clinic, rencontre l'association trois fois sur 2188 prolapsus, soit 0.14 %. A la même clinique, de 1935 à 1947, sept cas sont observés dont cinq épithélioma in situ, soit 0,15 %

Au " Free Hospital for woman ", Smith GRAVES et PEMBERTON trouvent en 1929, 0.15 % de cancers associés au prolapsus. Mais dans le même hopital, sur une période plus récente (1928-1948) STONE et MANSEL relèvent sur 940 prolapsus, 0,64 % de cancers invasifs et 0.42 % de cancers in situ; soit des résultats 7 fois plus élevés que les résultats publiés jusque là.

Dans un ouvrage paru en 1954, Funk BRENTANO, ROBERT et GEORGE apportent leurs statistiques concernant 32 prolapsus. A la Salpêtrière sur sept prolapsus totaux, un cancer en 12 ans, et à Broca de 1950 - 1954 - sur 184 prolapsus, dont 25 du 3ème degré - un cancer du corps et trois cancers du col, soit 12 % de cancers du col. Un autre cas a été fourni par la clientèle privée de l'un d'entre eux.

En 1955, il ressort d'une étude bibliographique détaillée de FOBE et THIERRY que l'association prolapsus utérin et cancer du col est de l'ordre de 1 cas sur 400 cancers du col, et de un cas sur 252 prolapsus totaux. Ces chiffres , basés sur un grand nombre de cas témoignent bien de la rareté de cette association pathologique.

Tous différents sont les avis de EMMERT et TAUSSIG d'une part, et de ROCKER d'autre part (1958) . Les premiers étudiant 10 cas de prolapsus extériorisés, constatent un cancer du col associé dans quatre cas soit 40 % des prolapsus). Pour le second, l'association est retrouvée dans 18,18 % des cas - et même dans 26 % chez les femmes de plus de 60 ans, alors que la fréquence du cancer chez des femmes de plus de 60 ans est de 14.3 % . Pour ROCKER la fréquence du cancer augmente lorsque le

prolapsus existe depuis plus de 10 ans et chez bien des femmes, qui ont négligé de faire opérer leur prolapsus, le cancer est resté ignoré.

Un travail plus récent de SHOLES en 1959, nous ramène à la notion commune de la rareté de l'association. Sur 788 malades : 493 avaient un cancer du col isolé, 190 un prolapsus isolé, 5 malades seulement avaient l'association des deux et parmi celles-ci, quatre étaient des cancers invasifs - et un cancer in situ.

Pour MERGER (1962) la proportion est de 2,9 % : proportion élevée mais qui s'explique par le fait que les examens histologiques sont constants. Sur cinq épithélioma, deux étaient évidents, mais les trois autres à l'extrême début, n'avaient qu'une traduction histologique.

Dans un travail plus récent, KASKARELIS et ses Collègues d'Athènes font mention de sept cas de cancers du col utérin associés aux prolapsus, sur un total de 707 prolapsus de l'utérus observés de 1955 à 1965. Ainsi la fréquence du prolapsus se monte à 2,6 %, tandis que la fréquence du développement du cancer sur un prolapsus s'élève à 0.9 %.

Ces chiffres, mis à part ceux de EMERT et TAUSSIG, et de ROCKER, sont en concordance avec ceux fournis par la littérature et témoignent de la rareté de cette association pathologique.

Pourquoi le cancer du col ne se développe-t-il pas plus souvent sur un col prolapsé ?

P A T H O G E N I E

Reconnu de longue date, ce problème a suscité de nombreuses discussions. De prime abord, cette rareté paraît étrange puisque l'on constate couramment sur des utérus prolapsés des ulcérations épithéliales, des irritations mécaniques, tous facteurs qui devraient favoriser la dégénérescence maligne des cellules épithéliales de la muqueuse cervicale.

Un certain nombre d'hypothèses ont été avancées pour essayer de justifier la rareté de l'association du cancer du col et du prolapsus.

1) - La Durée d'évolution du prolapsus

ROCKER a noté que toutes les femmes qui étaient affectées de cette association présentaient un prolapsus depuis plus de 10 ans.

Or, le plus souvent, les malades atteintes actuellement de prolapsus utérin total sont traitées à temps, de sorte que la durée d'évolution fait défaut pour autoriser l'apparition du cancer du col.

2) - L'âge de la Malade

L'âge de la femme porteuse de cette association n'est pas celui auquel apparaît habituellement le cancer du col.

" Ce qui explique probablement la rareté relative de la dégénérescence épithéliale au niveau du col prolabé" écrit FORGUE; c'est que très souvent nous avons affaire à des femmes âgées, en tout cas ayant franchi les deux grandes décades de fréquence maxima du cancer du col utérin. On considère que, dans la majorité des cas, l'épithélioma du col survient avant la ménopause, entre 35 et 45 ans.

En fait, si l'on en croit les statistiques récentes de WAY et RENDELSTEIN, le cancer du col est plus fréquent au cours de la sixième décade. Pour FOBE et THIERRY, 63,5 % des Malades avaient atteint la cinquantaine.

Enfin, ALVES de LIMA et de GUARNIERI NETTO ont constaté une similitude frappante entre l'âge de deux groupes de malades, les unes atteintes de prolapsus, les autres de cancer du col. Les courbes sont presque superposables.

Cependant, GUNTHERIE et BACHE pensent que l'épithélium ne se développe pas facilement sur des tissus secs et scléreux.

En résumé, apparaissant le plus souvent chez des femmes âgées (60 % des cas s'observent après 50 ans, avec un maximum de fréquence entre 60 et 70 ans - (Funck BRENTANO - ROBERT). Le cancer survient en règle générale sur un prolapsus extériorisé de longue date (cinq à vingt cinq ans).

3) - Les facteurs mécaniques

Les ulcérations exocervicales par frottement (ulcérations

de decubitus" , des auteurs américains), favoriseraient pour certains l'apparition de lésions malignes. Ce qui correspond à la notion classique du rôle de l'irritation dans la genèse du cancer.

Or tous les auteurs constatent la rareté de l'association d'un prolapsus, souvent ancien, et d'un cancer du col. En réalité, les facteurs mécaniques jouent probablement un rôle dans la rareté de l'association, en modifiant l'état de l'utérus. Un prolapsus va entraîner un allongement et la torsion des vaisseaux sanguins et lymphatiques du col, et provoquer une stase veineuse et lymphatique permanente. Il s'en suit une mauvaise circulation artérielle qui empêche une bonne nutrition des tissus. Ceux-ci s'atrophient, se kératisent et par frottement vont s'ulcérer. Or une bonne circulation est nécessaire à l'apparition d'une tumeur.

4) - L'Hyperkératose

La muqueuse cervico-vaginale extériorisée subit un épaissement avec hyperkératose et hyperactantose histologique, formant une véritable cuirasse s'opposant au développement du cancer.

Cependant cette théorie ne semble pas rallier tous les auteurs. VIRCHOW estime en effet que cette kératinisation loin d'être une sorte de protection contre l'apparition d'un cancer, représente plutôt des stades prolifératifs intermédiaires, toutes les conditions de l'apparition d'un cancer étant ici réalisées :

col prolapsé, constamment exposé à l'irritation - femmes ayant eu des enfants, et de fréquentes érosions du col.

EMERT, TAUSSIG et MARZLOFF, pensent qu'un nombre plus élevé de cancers aurait été découvert si des biopsies et des examens systématiques plus fréquents et réguliers avaient été faits sur ces cols prolapsés kératinisés.

Il s'agit bien sûr , de cancer peu actif, survenant chez des femmes âgées, chez qui l'atrophie utérine entrave une évolution rapide.

Enfin , l'utérus prolabé entraînerait les paramètres dans une situation peu favorable à la dissémination métastatique.

5) - L'Absence d'Ecoulements vaginaux et d'infection

Le prolapsus extériorisant le col, évite, dans une certaine mesure à celui-ci de baigner dans les sécrétions accumulées au fond du vagin. Ces sécrétions vaginales sont d'ailleurs moins abondantes, et spontanément drainées - ce qui élimine un facteur important d'irritation chimique du col.

En plus, le fait que les femmes atteintes de prolapsus se soumettent à une discipline hygiénique qu'elles ignoraient auparavant, joue peut-être un rôle.

6) - L'épithélioma du col peut empêcher le prolapsus en fixant l'utérus par son extension aux paramètres.

7) - Enfin BIELEKI (1961) notait que l'absence d'Acide desoxyribonucléique dans les noyaux des cellules du col, entraînant une diminution des mitoses, et explique ainsi un des facteurs de la rareté des cancers sur prolapsus utérin.

AU TOTAL, si EMMERT et TAUSSIG relèvent l'association prolapsus - cancer du col dans 40 % des cas, et pensent que " le prolapsus utérin total réalise toutes les conditions irritatives propres

au développement du cancer ; cette association reste unanimement reconnue comme une éventualité rare.

L'âge des sujets, l'absence d'irritation locale et l'hyperkératose représentent trois facteurs possibles essentiels qui se complètent et peuvent rendre compte dans une certaine mesure de cette rareté.

De plus, le traitement d'une des deux affections supprime parfois les possibilités d'évolution de l'autre. Le traitement d'un épithélioma du col rend impossible le développement ultérieur d'un prolapsus.

OBSERVATION PERSONNELLE

Clinique Obstétricale et Gynécologique
Centre Hospitalier d'Angers
Professeur ROUCHY

Madame B ... Lucienne (41 ans)

Consulte le 9 Janvier 1968 pour pesanteur périnéale, avec incontinence urinaire, à la toux et à la marche, symptômes apparus depuis le dernier accouchement en Mai 1967. Il n'existe par ailleurs aucun trouble menstruel ; et l'état général est bon.

Les antécédents personnels sont exempts de toute affection médicale ou chirurgicale. Sur le plan gynécologique les règles, apparues à 12 ans, sont d'abondance normale, non douloureuses et régulières : 3 jours tous les 26 jours. On relève quatre grossesses : de 20 à 25 ans, accouchements normaux, à terme, filles de 3.250 g., délivrance et suites de couches normales. A 35 ans, avortement provoqué de 2 mois, suivi de curetage utérin. La dernière grossesse évolue jusqu'au terme, malgré une tentative d'avortement au 3ème mois. A ce moment et durant quelques semaines, douleur de la corne utérine gauche, siège d'un fibrome sous séreux sessile, qui reste ensuite asymptomatique -

Accouchement normal le 12 Mai 1967 d'un garçon de 3.820 g. - Délivrance normale. L'examen révèle une uréthro-Cystocèle modérée, atteignant à l'effort le plan vulvaire ; le périnée antérieur est court, cicatriciel, sans colpocèle postérieure. Il n'est pas constaté d'incontinence urinaire. Le col utérin est volumineux et descend à la traction jusqu'à la commissure vulvaire postérieure. Le test de Schiller fait apparaître sur les lèvres antérieure et postérieure deux petites zones lugol négatives à contours flous.

L'utérus est en rectitude, un peu gros, il n'y a rien de perceptible au niveau des annexes. Les muscles releveurs de l'anus ont conservé une certaine tonicité.

L'examen bactériologique et parasitologique des pertes vaginales reconnaît une vaginite à trichomonas. Les frottis cervicaux de dépistage sont suspects, classe III et le resteront après le traitement de la vaginite.

L' HYSTEROGRAPHIE

===== fait apparaître un utérus en rectitude, bien opacifié, à contours réguliers. La cavité corporeale est un peu élargie et le fond utérin est légèrement arqué. La cavité cervicale est modérément allongée, sans défaut de remplissage.

Au total, il s'agit chez une femme de 41 ans, porteuse d'un prolapsus génital du 2ème degré avec cystocèle prédominante et légère incontinence urinaire à l'effort, apparu dans les suites de l'accouchement normal d'un enfant assez volumineux.

LA CURE CHIRURGICALE

===== La cure chirurgicale - par voie basse - du

prolapsus comporte d'une part une amputation haute sus-vaginale du col utérin avec colporaphie antérieure, et colpopérinéorraphie postérieure, d'autre part une stérilisation tubaire par ligature selon la technique de Madlener et la myomectomie du fibrome antérieur sous-séreux constaté lors de la dernière grossesse. Les suites opératoires sont simples.

RESULTAT de l'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE du FIBROME ET DU COL AMPUTE

(Dr SIMARD)

- 1) - Le nodule fibromateux sous-séreux mesure environ 12 mm de diamètre : il est constitué d'un entrelas de faisceaux myomateux, parcourus par d'assez abondants vaisseaux de petits calibres. Les myocytes sont bien différenciés sans aucune anomalie nucléaire. Il n'existe par ailleurs aucun remaniement nécrotique hémorragique ou oedémateux. C'est là l'image d'un banal fibromyome, sans aucun caractère suspect de malignité.
- 2) - Au niveau du col utérin, le revêtement pavimenteux exocervical est, soit assez épaissi, mais normal, soit assez mince mais parakératosique. Il laisse place parfois à de vastes ulcérations à fond nécrotique et inflammatoire.

L'endocol comporte une assez notable hyperplasie glandulaire, avec présence de quelques ectasies muqueuses. Le tissu interglandulaire est très congestif, avec parfois une certaine infiltration par des polynucléaires non altérés.

A la partie supérieure de l'endocol, dans une zone malheureusement très traumatisée par le prélèvement, on constate la présence de quelques travées épidermoïdes, formées d'éléments pourvus de volumineux noyaux parfois irréguliers et hyperchromatiques. Ces éléments aboutissent dans certaines zones à une kératinisation - Aspect de carcinome épidermoïde.

En résumé, un cancer invasif de l'endocol a été ici reconnu par l'examen histologique systématique et attentif de la pièce opératoire d'une amputation du col utérin pour prolapsus génital.

Le 30 Mars 1968, la malade est revue en consultation. Elle a présenté de petites pertes de sang durant les trois jours qui ont précédé les dernières règles. Le résultat de la cure chirurgicale du prolapsus est satisfaisant. On pratique l'exérèse biopsique d'un petit bourgeon charnu apparu au niveau du moignon cervical. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un bourgeon charnu inflammatoire, sans aucun caractère de spécificité étiologique, sans aucun signe de recrudescence carcinomateuse.

I) - On décide de pratiquer une

CURIETHERAPIE utéro-vaginale en deux temps
pré-opératoires :

a/ .. du 17 au 24 Avril 1968

Curiethérapie vaginale délivrant 17.74 curies détruites

b/ .. du 24 Avril au 1er Juin 1968

Curiethérapie utérine délivrant 17.74 curies détruites.

II) - LYMPHOGRAPHIE = 14 Juin 1968

... a) Lymphogramme précoce, objective un cheminement normal du liquide lipiodolé opacifiant le réseau caniculaire pelvi-lombo aortique et visualisant normalement la crosse du canal aortique. Il n'existe pas d'image de stase ou de voie de suppléance anormale.

... b) Les lymphogrammes tardifs montrent des ganglions modérément hyperplasiés objectivés par une augmentation de leur taille et le pointillé grossier de leur texture.

Radiologiquement il n'existe pas d'encoche pathologique au niveau des plages ganglionnaires qui pourrait laisser évoquer un envahissement néoplasique à ce niveau.

Au total : hyperplasie ganglionnaire sans envahissement lymphographique radiologiquement décelable.

III) - INTERVENTION

L'INTERVENTION CHIRURGICALE a lieu le 24 Juin 1968 :

Colpo-hystérectomie élargie avec annexectomie bilatérale et lymphadenectomie iliaque et obturatrice. Le clivage génito-vésical est rendu difficile du fait de l'existence d'adhérences serrées, séquelles de l'intervention pour prolapsus. Dans ces conditions la colpectomie antérieure reste parcimonieuse. Les suites opératoires sont très simples.

COMPTE-RENDU de l'EXAMEN ANATOMO-PATHOLOGIQUE (Dr SIMARD)

Le col de l'utérus est le siège d'une ulcération à fond fibrino-leucocytaire et granulomateux. Au fond de cette ulcération, s'observent plusieurs plages d'éléments carcinomateux très évolués; à cytoplasme acidophile, avec des noyaux très volumineux, inégaux, irréguliers et hyperchromatiques.

Il n'existe cependant, à côté de ces cellules très involutives, des éléments cellulaires florides, de sorte que l'on est obligé de conclure ici à une stérilisation carcinomateuse certainement incomplète.

Le myomètre est, par ailleurs, strictement normal : l'endomètre est plutôt atrophique, avec un chorion cytogène dense, pauvre en glandes et comportant cependant quelques dilatations kystiques.

Les nombreux prélèvements effectués aux dépens des trompes ont montré que la lumière est perméable, tout au moins dans toutes les zones explorées ; (pour permettre de vérifier en toute certitude les résultats de l'intervention, il aurait été indispensable de repérer très précisément la zone de ligature car les prélèvements sont obligatoirement partiels, et se font au hasard quand aucun élément macroscopique ne peut les guider).

L'un des ovaires est strictement normal compte tenu de l'âge, sans métastatiques.

L'ovaire droit porte un kyste d'environ 2,5 cm de diamètre, qui correspond histologiquement à un kyste lutéinique à contenu hémorragique.

L'examen histologique a enfin porté sur tous les éléments ganglionnaires adressés à part (ganglions obturateurs droits n° 2 - ganglions iliaques externes droits n° 3 - ganglions externes iliaques gauches n° 4 - ganglions obturateurs gauches n° 5) ; tous ces éléments ganglionnaires sont le siège des intenses lésions post-lymphogaphiques actuellement bien classiques, avec de grandes vésicules optiquement vides entourées d'une sertissure giganto-cellulaire.

Aucun foyer métastatique même très minime n'a pu être mis en évidence sur les très nombreuses préparations étudiées.

IV) .- IRRADIATION COMPLEMENTAIRE PAR COBALT

Elle est décidée en raison de la persistance d'éléments cellulaires carcinomateux en activité au niveau du col.

Du 23 Juillet 1968 au 5 Septembre 1968 : Cobaltothérapie pelvienne antérieure et postérieure délivrant 5.000 rads-tumeur pendant 45 jours. Diarrhée post-radiothérapeutique, guérie en une quinzaine de jours par un traitement symptomatique. Pas de perturbation hématologique.

Le 6 Juillet 1968 : la malade est examinée avant son départ du service.

Il existe une bonne cicatrisation abdominale, et une bonne souplesse du vagin.

L'état général de la patiente est satisfaisant.

D I A G N O S T I C d u C A N C E R

1) - Les Troubles Fonctionnels

=====

La symptomatologie du cancer du col utérin prolabé est assez superposable à celle des autres cancers cervicaux. Mais plusieurs auteurs font également remarquer la particulière fréquence des formes découvertes histologiquement par des examens microscopiques des pièces d'hystérectomie vaginale pour prolapsus.

D'après l'étude des observations publiées, l'interrogatoire des malades apprend que le prolapsus est souvent ancien de 10 et même 25 ans, souvent, mais non constamment extériorisé et jusque là relativement bien supporté.

On retrouve aussi une symptomatologie physique : sensation de pesanteur dans le bas-ventre, sensation de corps étranger au niveau des organes génitaux, constipation, incontinence d'urine apparaissant d'abord à l'effort et à la toux, puis devenant permanente.

Mais bien souvent ces malades viennent consulter parce qu'elles ont observé l'apparition de petites pertes sanglantes, rosées, souvent minimales, mais répétées et continues.

Il s'agit, répétons-le, dans la majorité des cas, de femmes multipares, rarement de nullipares et très exceptionnellement de vierges.

2) - L'examen Clinique =====

Dans les cas les plus favorables, l'examen gynécologique montre un col prolabé, porteur d'une ulcération exocervicale qui peut faire penser au cancer lorsqu'elle est éversée, saignant facilement au contact, à fond sanieux, et dont la base indurée dépasse largement les limites de l'ulcération cervicale. En fait, il s'agit bien souvent d'une ulcération ancienne, d'apparence mécanique, bien banale sur ce prolapsus.

Il est plus rare que la lésion cervicale ne soit pas évidente et extériorisée : les hémorragies semblent provenir alors de la cavité utérine, et il faudra recourir aux investigations complémentaires, pour déceler cette forme endocervicale.

Dans les cas où la malade est vue plus tard, la lésion cancéreuse est évidente, et la biopsie pratiquée en plusieurs points, en précisera le type histologique exact.

A l'inverse, certaines formes d'épithélioma in situ, mais aussi d'épithélioma invasifs, restent totalement asymptomatiques. C'est dire l'importance du dépistage systématique, tant par la cytologie, que par les biopsies répétées, qui précisera avec exactitude les caractères histologiques du cancer.

C'est assez dire l'intérêt primordial de l'examen histologique systématique des pièces opératoires utérines et vaginales des interventions pour prolapsus génital.

3° - Les Examens complémentaires =====

Les examens complémentaires susceptibles d'étayer le

diagnostic sont peu nombreux :

... 1/ La colposcopie : Si cet examen permet de reconnaître sur certains cols des zones iodonégatives à contours nets, suspectes de malignité, et qu'il faut biopser, la kératinisation superficielle de l'épithélium cervical des cols extériorisés enlève souvent tout l'intérêt de la colposcopie.

... 2/ La cytologie : L'examen cytologique, examen de routine de la pratique gynécologique, ne doit pas être omis en cas de prolapsus génital. Il est obligatoire avant toute intervention. Sa technique est parfois délicate et l'interprétation des résultats devra tenir compte des anomalies cytologiques dues aux phénomènes irritatifs. Notons que dans notre observation, il aurait dû être une utile orientation vers la lésion maligne.

Le Test de Shiller : Normalement le glycogène contenu dans l'épithélium malpighien se colore en brun acajou sous l'influence de la solution iodo-iodurée de lugol forte. Mais en cas de prolapsus, la kératinisation des couches superficielles masque le glycogène des couches cellulaires sous-jacentes, et fait apparaître des zones iodo-négatives d'apparence suspecte. Ces faux aspects ne permettent pas de conférer à ce test de Shiller une grande valeur dans ces cas, comme il sera précisé plus loin.

Le prélèvement cytologique : Il se fera en frottant avec assez d'insistance la spatule d'Ayre sur toute la zone périorificielle et l'endocol utérin, au besoin en ajoutant quelques gouttes de soluté physiologique lorsque la sècheresse du col prolapsé est trop importante. Les lames, numérotées, sont ensuite fixées à la liqueur d'Hoffman, et colorées par la méthode de Harris Short.

(Notons en outre qu'il faut s'assurer de l'absence de cancer du corps associé, par aspiration endo-utérine après avoir remonté l'utérus au fond du vagin).

Les aspects des frottis vaginaux et cervicaux sont variables :

- On ne retrouve pas toujours un aspect atrophique. L'indice éosinophilique est assez souvent élevé : comme s'il existait une certaine imprégnation oestrogénique dont la présence parfois d'une petite glaire cervicale serait témoin.

" .. Il s'agit en fait d'une fausse éosinophilie, accompagnant les phénomènes irritatifs ou le port d'un pessaire, les cellules ne comportent pas de noyaux pictoniques..." (Béjat et Merger)

- On retrouve, en cas d'ulcération, des éléments inflammatoires : hématies, polynucléaires plus ou moins altérées, des cellules endocervicales à gros noyaux, avec parfois une nucléole bien visible.

" .. enfin sans parler pour autant de cancer, on peut aussi observer des anomalies nucléaires, témoins de phénomènes purement irritatifs... " (MERGER)

- Les aspects cytologiques sont nombreux et bien souvent délicats à interpréter étant donné la juxtaposition sur une même lame d'éléments trompeurs, mais parfois aussi de cellules malignes. La distinction n'est certes pas facile et demande un personnel entraîné.

... 3/ L'hystéroggraphie : L'examen préopératoire d'un prolapsus génital devrait comprendre un examen radiographique systématique de la cavité utérine. Les anomalies constatées éventuellement au niveau du corps utérin, mais aussi au niveau du col, imposeront l'exploration cytologique et le prélèvement biopsique.

En fait, les frottis de dépistage ont déjà été obtenus et la radiologie peut alors, s'ils ont été suspects ou positifs, rechercher la tumeur responsable et en apprécier l'extension.

Dans l'observation que nous apportons, les différents clichés n'ont pas fait apparaître de modifications du col et la cytologie conserve donc une très grande valeur d'orientation.

... 4/ L'Histologie

A) Rappel de l'aspect normal du revêtement épithélial du col utérin.

1 - La muqueuse exocervicale est une muqueuse dermo-papillaire constituée par un épithélium malpighien non kératinisé, dont les cellules sont chargées de granulations glycogéniques.

2 - La muqueuse ou canal cervical, dessinant des replis réguliers et formant l'arbre de vie, est un épithélium simple et cylindrique, renfermant de nombreuses cellules nucipares, ainsi que des glandes tubulo-acineuses de type muqueux.

3 - Une zone de transition très nettement limitée sépare ces deux types d'épithélium.

B) L'existence d'un prolapsus utérin va modifier ces structures histologiques. Nous nous référerons à ce sujet, à l'étude histologique très complète publiée en 1962 par Melle BEJAT et MERGER concernant l'histologie du col prolabé porteur d'un épithélioma.

Nous verrons successivement les lésions du col prolabé, et celles dues à l'existence d'un épithélioma associé.

a) - Les lésions épithéliales du col prolabé

... 1/ " Les lésions les plus fréquentes du col prolabé, sont de type inflammatoire, parfois aiguës, le plus souvent sub-aiguës et chroniques.

Elles se traduisent par une hyperplasie de l'épithélium, dont la couche profonde est souvent plus sinueuse que normalement, constituant des crêtes dermo-papillaires irrégulières, plus ou moins profondes".

Les proliférations de couches superficielles aboutissent par un phénomène mécanique d'irritation, à une para-kératinisation lorsque les noyaux des cellules épithéliales ont disparu. "Cet aspect est une leucoplasie".

... 2/ L'épithélium simple, cylindrique et glandulaire de l'endocol

présente souvent un aspect de métaplasie malpighienne. Dans les glandes, cette métaplasie forme des plages épithéliales malpighiennes en profondeur. Cet aspect métaplasique "peut faire penser à l'aspect des lésions d'un cancer débutant, si la faible coloration des noyaux, la rareté des mitoses, l'absence d'atrophie cellulaire, enfin l'existence de glycogène cellulaire ne permettaient pas de redresser ce diagnostic".

" L'épithélium cylindrique présente aussi, dans certains cas des formations polipoides plus accentuées que celles rencontrées au niveau de l'arbre de vie".

... 3/ La limite entre ces deux zones épithéliales

est souvent le siège d'une ulcération. "Cette ulcération est recouverte d'une membrane fibrino-hémorragique, contenant de nombreux polynucléaires, témoins du caractère inflammatoire. Tandis que le tissu sous-jacent conjonctivo-musculaire est le siège d'une sclérose très marquée, dans laquelle on retrouve de nombreux éléments lympho-plasmocytaires, inflammatoires".

EN RESUME

Les aspects histologiques caractéristiques, mais non spécifiques du col prolabé comportent donc :

- 1°) - des phénomènes inflammatoires sub-aigus et chroniques traduits par une sclérose
- 2°) - Une hyperplasie et une hyperkératose de l'épithélium malpighien pouvant aller jusqu'à une kératinisation franche.
- 3°) - Enfin, souvent une exulcération à la limite respective des épithéliums pavimenteux et cylindriques de l'endocol.

b) - Les caractères histologiques d'un épithélioma du col utérin prolabé

sont les mêmes que dans tous les cancers du col.

Presque toujours il s'agit d'un épithélioma malpighien à un stade plus ou moins avancé, dont l'aspect typique est modifié par les altérations histologiques aux lésions mécaniques que l'on observe dans les prolapsus.

1 - Selon le type histologique on distinguera :

- ... a/ - Un épithélioma pavimenteux stratifié spino-cellulaire ou epidermoïde, formé de cordons de cellules épidermiques anastomosées, irrégulièrement, et qui subissent une transformation kératosique.
- ... b/ - Un épithélioma pavimenteux stratifié, baso-cellulaire constitué de tubes épithéliaux unifiés et anastomosés mais ne subissant pas de transformation cornée.

- ... c/ - Des formes intermédiaires plus ou moins atypiques
- ... d/ - Parfois enfin, on se trouve en présence d'un épithélioma cylindrique. Deux formes =
 - épithélioma typique glandulaire
 - épithélioma atypique ou adénome malin.

2 - Selon le stade évolutif, on distinguera :
.....

- a) un épithélioma "in situ" ... "où les couches cellulaires perdent leurs dispositions régulières et dans lesquelles les anomalies cytologiques et les mitoses sont nombreuses"
- b) " Un épithélioma confirmé, où la basale est effondrée et où il existe une métaplasie malpighienne en profondeur avec de nombreuses anomalies cytologiques et des mitoses".

Dans les deux cas, le glycogène intra-cellulaire étant absent, le test de Shiller mettra en évidence des zones iodo-négatives. Mais, rappelons à ce sujet, comme il a été dit plus haut, qu'il s'agit de col utérin prolabé de femmes d'un certain âge, dont la kératinisation des couches épithéliales superficielles, dépourvues de glycogène, donne de fausses images iodo-négatives.

T R A I T E M E N T

Les problèmes thérapeutiques sont dominés par trois éléments fondamentaux :

- 1/ L'extension du cancer
- 2/ L'infection
- 3/ L'âge des patientes.

1) L'EXTENSION du CANCER

Si l'extension vaginale est facile à reconnaître, car elle est souvent évidente, surtout lorsqu'il s'agit d'un cancer de l'exocol, la recherche de l'atteinte des cloisons recto-vaginale, en arrière, et vésico-vaginale, voire l'atteinte de la vessie, est moins patente. La cystoscopie peut donner une impression, mais non toujours une certitude.

La prise des paramètres est heureusement souvent tardive. Lorsqu'elle existe, elle peut entraîner une irréductibilité du prolapsus.

La recherche de l'extension métastatique est habituellement négative. Un certain nombre de facteurs semblent faire obstacle à la diffusion du cancer. D'autre part, la diminution du nombre et aussi du diamètre des vaisseaux lymphatiques, consécutive à l'âge avancé, ainsi que l'ont montré les travaux de PAPAMILTIADES et de CHALDIAKIS ; d'autre part, l'utérus prolapsé lui-même comprime les vaisseaux sanguins

et lymphatiques entraînant leur rétrécissement ou même leur obturation (KASKARELIS - 1968).

2) L'INFECTION

La recherche de l'infection, enfin, est **primordiale**
On précisera par un examen général, et local, l'existence d'un processus inflammatoire pelvien = une pyométrie, ou une infection annexielle, pourraient avoir les plus graves conséquences, sous l'influence des radiations et compromettre toute chirurgie par voie basse.

3) L'AGE des PATIENTES

Enfin, si l'âge des patientes jouait un rôle important, compte-rendu également de leur état général, les conditions d'anesthésiologies et de réanimation modernes font passer ce problème au second plan, en offrant pour les interventions une plus grande sécurité.

.....
: LES METHODES :
::

A) - La Chirurgie

Les méthodes chirurgicales ont des origines lointaines.
LECENE, dans son ouvrage " Evolution de la chirurgie " cite les travaux d'un gynécologue réputé au temps de Trajan : SORANUS d'Ephèse. "... S'il y a sphacèle de la partie de l'utérus qui fait saillie en dehors, on peut la réséquer à l'instrument tranchant, si la totalité de l'utérus est sphacélée on peut enlever celui-ci en totalité ..."

Dans son observation princeps WEINCHELER en 1862, préconise l'écrasement du col, tandis que RICOLLE le sectionne à l'anse galvanique.

Puis entre 1894 et 1926, KURZ, Mac LEOD et SCHMITT traitent les cancers sur col prolapsé par une incision simple du col au bistouri.

Parmi les méthodes chirurgicales modernes, l'hystérectomie vaginale reste la méthode la plus employée. Qu'elle soit totale, ou élargie, cette intervention permet de traiter à la fois le cancer et le prolapsus à peu de frais pour la malade. Cette chirurgie par voie basse a pu être entreprise, sous anesthésie locale, bien supportée par les femmes âgées. En 1963, AGUILAR et MORENO ont proposé l'anesthésie épidurale.

La voie abdominale, pour l'hystérectomie totale élargie, dont quelques cas furent publiés par HOGLER, SHEFFEY et CONSTANTINI, pour le traitement de cette association est très peu employée actuellement car elle est choquante pour la malade, et que la réintroduction de l'utérus, lorsqu'elle est possible, aide les disséminations métastatiques (URUTIA 1958).

Plus récemment, des techniques moins mutilantes ont été proposées : amputation conoïde du col, suivie de l'hystérectomie totale inter annexielle quand il s'agit d'un cancer au stade 0 (FUNK BRENTANO).

B) - Les Agents physiques

- 1 - La diathermocoagulation est une méthode surannée et désuète. Elle a pu être employée comme intervention dite "de propreté" dans des cas avancés, ou bien encore pour détruire des lésions volumineuses gênant la mise en place des appareils radifères.
- 2 - La radiothérapie, lorsqu'elle fut employée seule (HAHN 1933 - PAPPERSON - SHEFFEY 1934) et dans des cas avancés, n'apporta que des résultats fâcheux.
- 3 - La curiéthérapie seule. Il en existe plusieurs modalités : applications à la surface de la tumeur, applications intra-utérines en une

ou plusieurs séances étalées alors sur plusieurs semaines. Mais aujourd'hui cette méthode est rarement employée seule (DURAND - DASTE - BOUKALIK - WEIBEL).

- 4- L'association de la roentgenthérapie transcutanée et de la curiéthérapie est par contre la méthode de choix lorsque les méthodes chirurgicales ne peuvent pas être appliquées et que les annexes et le corps utérin sont indemnes de toutes lésions infectieuses importantes.

La majorité des auteurs préconise d'employer successivement la roentgenthérapie transcutanée, puis la curiéthérapie. Cette méthode, sous couvert d'une surveillance attentive et prolongée par des frottis vaginaux, des biopsies et des numérations-formules sanguines, est en général bien tolérée par les malades.

Cependant , si du fait des adhérences péritonéales qu'elle provoque, elle permet le traitement du prolapsus en créant une sclérose rétractile, on ne peut assurer (FOBE - THIERRY - FUNK BRENTANO) une stérilisation complète du cancer (EMMERT et TAUSSIG). Les doses respectives totales, oscillent entre 1.000 et 4.8°° mgh pour le vagin, et 2.000 à 5.400 mgh pour l'utérus, tandis que la dose du cobalt varie de 3.900 à 5.000 rads tumeur (KASKARELIS) .

Association des moyens chirurgicaux et Physiques.

Cette association représente actuellement le traitement de choix lorsqu'il est possible. C'est un moyen rationnel, préconisé en FRANCE pour les cancers au stade I et II

Malheureusement, bien souvent le diagnostic histologique du cancer du col prolapsé, n'est fait que des pièces d'exérèse pour traitement du prolapsus. Tel a été notre cas.

D'autre part, lorsque le diagnostic est établi formellement, il faut parfois réduire préalablement le prolapsus pour réaliser

une pose correcte du radium (Robert WKISTNER I957).

En réalité, disons avec Funk BRENTANO et ROBERT, que bien rares sont les cas où les moyens physiques précèdent l'acte sanglant. Tels sont ceux cités par ASTHON - SHEFFEY - EMMERT et TAUSSIG.

.....
: INDICATIONS :
:
:

Lorsque le diagnostic histologique de cancer du col associé à un prolapsus est porté, la conduite thérapeutique est fonction de l'âge de la malade et de sa résistance, et surtout du stade de la tumeur. Les conduites possibles sont en effet nombreuses - QUINET et ROBSTEIN en ont dénombré dix-sept.

Les seuls carcinomes non invasifs, intra-épithéliaux (parfois décelés par la conisation du col) relèvent sans discussion de la chirurgie ; hystérectomie vaginale, ou colpo-hystérectomie selon l'âge de la malade.

Les carcinomes, aux stades III et IV, et les néoplasmes aux stades I et II qui présentent une contre-indication opératoire formelle, sont justiciables de la physiothérapie seule : la curiethérapie associée ou non à la télécobaltothérapie. Ces traitements ont une action curatrice sur le carcinome, et un certain nombre de statistiques témoignent de l'efficacité de cette modalité thérapeutique. (ASTHON - Diaz BAZAN - QUINET - PAALMAN et CONSEILIER) .

Bien souvent les auteurs publient également les effets favorables de la physiothérapie sur le prolapsus, par la sclérose rétractile qu'elle détermine.

C'est encore aux agents physiques qu'il faut recourir. Quand le cancer n'est découvert que par l'examen de la pièce opératoire.

à la suite d'une hystérectomie vaginale, ou d'une amputation du col.

La discussion reste ouverte lorsqu'il s'agit d'un cancer aux stades I et II.

Certains auteurs préconisent la chirurgie : colpohystérectomie vaginale totale élargie, toujours précédée de lymphadénectomie bi-latérale extra-péritonéale. Mrs AGUILAR et MORENO préfèrent ce mode opératoire parce que : " ... la dissection de l'uretère jusqu'à son entrée dans la vessie, la dissection et ligature de l'artère utérine, deviennent ainsi plus faciles au temps vaginal. De plus, cette méthode permet de réaliser un des postulats de la chirurgie du cancer, de ligaturer les pédicules vasculaires avant de toucher à la tumeur ..."

Funk BRENTANO et ROBERT donnent également la préférence à la chirurgie isolée par voie vaginale élargie vers les tissus cellulaires des paramètres et les ligaments utéro-sacrés, en raison de l'âge de la malade, de l'impossibilité de pratiquer une opération de Wertheim; en cas d'irréductibilité du prolapsus, des heureux résultats de la chirurgie basse, enfin de la fréquence des infections surajoutées contre-indiquant à l'emploi des moyens physiques.

Par contre, (MERGER - LEVY - MELCHIOR) seraient plus favorables à la physiothérapie seule, pensant que l'ouverture et le décollement de nombreux espaces cellulaires multiplient les risques d'ensemencement. KASKARELIS et ses collaborateurs ont traité par curiethérapie et cobaltothérapie quatre de leurs sept malades.

Dans la mesure du possible, devant un épithélioma aux stades I et II, il faudra s'efforcer de traiter le cancer associé au prolapsus comme on aurait traité le cancer isolé : radium puis chirurgie, en souhaitant l'effet favorable de l'indication sur le prolapsus par le jeu de la sclérose des tissus cellulaires pelviens.

La chirurgie devra parfois s'attaquer d'emblée au traitement du cancer et du prolapsus lorsque le vagin et l'utérus extériorisés depuis longtemps ont " perdu droit de cité " dans le pelvis.

Une physiothérapie de complément peut ensuite trouver son indication. Mais vouloir dilater un col sténosé de vieille femme pour y introduire et y laisser en bonne place une sonde radifère n'est pas toujours sans danger pour les organes voisins : vessie et rectum.

Enfin avant de poser les indications opératoires d'un prolapsus génital, il faudra toujours s'assurer, par tous les moyens à notre disposition, de l'absence de lésions malignes de l'exocol, ainsi que de l'endocol.

Le cancer du col utérin est rarement associé à un prolapsus génital, mais il faut toutefois ne pas méconnaître cette association dont le choix d'un traitement peut poser de difficiles problèmes.

CONCLUSION

L'association d'un cancer du col et d'un prolapsus utérin est une affection caractérisée par sa rareté, reconnue par la majorité des statistiques anciennes et récentes.

Sur l'ensemble des 170 cas publiés dans la littérature mondiale, il ressort que la proportion de 2,9 % (MERGER) semble se rapprocher le plus de la réalité si l'on pratique systématiquement des examens histologiques des cols utérins enlevés.

De nombreuses hypothèses ont été avancées pour essayer de justifier la rareté de cette association. Apparaissant le plus souvent chez des femmes ayant dépassé la cinquantaine, le cancer survient en règle générale sur des prolapsus extériorisés de longue date. L'hyperkératose de la muqueuse cervicale et l'absence d'irritations chimiques des cols prolapsés semblent être un des facteurs qui se complètent et peuvent rendre compte dans une certaine mesure de sa rareté.

Nous rapportons l'observation d'une femme de quarante et un ans atteinte d'un prolapsus génital du deuxième degré chez laquelle un micro cancer invasif de l'endocol a été reconnu après amputation du col utérin par l'examen systématique de la pièce opératoire.

L'étude critique des moyens diagnostiques de l'association cancer du col et prolapsus souligne la banalité habituelle des signes fonctionnels et physiques.

Les données de la colposcopie et du test de Shiller sont fréquemment faussées par la kératinisation de surface, et celles de

la cytologie peuvent l'être par les phénomènes irritatifs souvent présents. Si bien qu'en dernier ressort, c'est au prélèvement biopsique et à l'examen histologique qu'il appartiendra d'assurer le diagnostic.

Les problèmes thérapeutiques sont dominés par trois éléments fondamentaux :

- l'extension du cancer
- l'infection
- et l'âge de la patiente.

Si les modalités thérapeutiques demeurent encore confuses, on oppose volontiers aux seuls cancers invasifs intra-épithéliaux, un traitement chirurgical isolé par voie basse, tandis que les cancers aux stades III et IV, ainsi que les cancers découverts par l'examen systématique de la pièce opératoire semblent assez unanimement être du ressort d'une physiothérapie isolée.

Les indications thérapeutiques des cancers aux stades I et II sont plus nuancées : Radium puis chirurgie restent sans doute le schéma idéal . Mais, physiothérapie ou chirurgie isolées, si elles ont l'une et l'autre leurs inconvénients, ont pu également donner de bons résultats.

B I B L I O G R A P H I E

- 1 AGUILAR R.F. et MORENO A.R. : Prolaps. Ut. total et Car. cervical.
... Gyn. Prat. 1963 - T. XIV - n° 5 - p. 365
- 2 AHUMADA I.C. : Communication personnelle
- 3 ALLEN E., GARDMER W.V. : Cancer Researct.
... 1941 - I - 359
- 4 ALVES de LIMA , de GUARNERI Netto :
... An. da. Clin. Gin. da Faculta de Med. da Universidal
de S. Paulo - 1950-1951 - 4 - 115
- 5 ANDREWS M.R. :
... Proc. Roy. Soc. Med. 1961 - 3 - 1901-1910
- 6 ANDREWS H.L. :
... Proc. Roy. Soc. Med. London - Seet Obst and Gyn.
1922-1923 - 5 - 16
- 7 ANTOINE : Weibebe lehrbuch dei Franenheilkunde
... p. 94 - Urban and Swarzenberg, Wien - 1949
- 8 ASHTON : Carcinonia of the cervic complication procidentia uteri
... Am. Journal Obst and Gynécol. 1945 - 55 - 299

- 9 ASTHON : Assises Françaises de gynécologie - Juillet 1954
- 10 AYRE
... Am. Journal Obst. and Gynécol. - 1947 - 54 - 363
- 11 BACKER :
... Arch. für Gyn. - 1897 - 53 - 47
- 12 BAUER et FOX
... Arch. Path. 1945 - 39 - 96
- 13 BASDEN : Carcinomia of vagina. complicating a complete precidentia
... Proceeding of the Royal Society of Medecine London
1937 - 30 - 1483 - 1484
- 14 BEJAT G. , et MERGER : Prolapsus génitaux (Etude microscopique du col
utérin - Histologie, Cytologie, Rapport avec
le cancer).
... Presse Med. 16 Juin 1962 - 70 - 29 - p. 1444-46
- 15 BIELECKI : Estudio Sobre la inmunidad al cancer en el utero prolapsado
... Zbl. Gynäk. 1961 - 83 - 15
- 16 BIELECKI : Patologia Polska (Oct.- Déc. 1953 - 4 - 297-318)
- 17 BISKIND : In RS Harris and K.V. Thimann = Vitamins and Hormones
... New-York Academic Press - 1946 - Vol. 4 p.147/185
- 18 BISSEL
... J.A. Me Glin. Am J. Obst. and Gyn. 1927 - 14 - 626
(discussion)
- 19 BOUKALIK :
... Am. Jou. Obst. and Gyn. - 1934 - 27 - 620
- 20 BRADY
... Am. J. Obst. and Gyn. - 1935 - 30 - 277
- 21 BROUHA : cité par DELVAUX

- 22 BRUNELLI :
 ... Arch Internation. de Pharmacody et de Thérapie.
 - 1954 - 49 - 295 -
- 23 CABANISS (C) et CROCTER (C.L.) : Carcinoma of the prolapsed cervical
 stump.
 ... Obstet and Gynec. - 1963 - 22 - 606 -
- 24 CHANES R. : Prolapso uterino total y carcinoma. cerviconterino.
 ... Rev. Inst. Nac. Cancer Mexico 1956 - I - 178 -
- 25 CHOU DHURY (NC) BANERJEE (D) HABRA (S) : Malignant changes in procidentia
 (Report of 6 cases)
 ... J. Indiana Med. ASS - 1962 - 38 - 8 - 427 -
- 26 CLOVIS SALDACO :
 ... cité par Dutra.
- 27 COHEN. MARRIAN. WATSON :
 ... The Lancet - 1935 - I - 674 -
- 28 CONSTANTINI et MONTEIRO : (Cancer du col associé à un prolapsus total)
 ... Bill. Sec. d'Obst et de Gyn. - 1923 - 12 - 298 -
- 29 CORSCADEN J.A. : Gynécologi Cancer
 ... Thomas Nelson and Sons New York 1951
- 30 CORSCADEN J.A. : Gynecologia Cancer
 ... Nelson New York 1959
- 31 COSBIE :
 ... Am. J. Obst. and Gyn. - 1952 - 63 - 108 -
- 32 CROSSEN (MS) CROSSSEN (RJ) :
 ... Opérative Gynecology, Mesby compt. St Louis 1948 p. 136

- 33 CULLEN : Cancer of the uterus,
...Appleton and C° New York - 1900 -
- 34 DAVIS (C) et CARTER (B) :
... Obst. and Gynec. W.F. Prix
- 35 DEELMAN :
... Cité par M.S. CROSSEN "Diseases of Woman" Mosby cpmpt.
St-Louis 1944
- 36 DELVAUX : Résistance du col au cancer dans le prolapsus total de l'utérus
... Bruxelles Medical - 1931 - Vol.II p.325
- 37 DIAZ - BAZAN N. : Cancer del cuello uterino asociado con prolapso total
en El Salvador.
... Memoria del 2/O. Congresso International de Gynecologia
y Obstetricia. Tome I Page 226 Montreal.
- 38 DUTRA L. :Prolapso de utero e cancer.
... Obst. Gin. Lat. Am. 2 - 1944 - 359-
- 39 EMMERT et TAUSSIG (J.B.) :Cancer and prolapsus of uterus -
... AM. J. of Obst. and Gynecology - 1934 - 28-521-
- 40 EDWARDS et BEEBE : Carcinoma of the cervix, in association with
Procidentia.
... Quati. Bull. North. Western. Univ. M. School 24-12-13-
- 41 ENCYCLOPEDIE MEDICO CHIRURGICALE :
... Gynécologie. Prolapsus 290 Azo p.4
- 42 FAUCKNER RL. - DOUGLAS :
... Essential of Obstetrical and Gynécological Patology.
Mosby Compt. - 1949 - p.88 fig. 61

- 43 FOBE ET THIERRY : Epithélioma du col utérin et prolapsus.
... Gynécologia. Juin 1955 - 139 n°6 p.329 à 346
- 44 FRANK : Gynécological and Obstétrical Pathology.
... Appleton and compt. New York 1931 p. 162
- 45 FOSSEL :
... Zentrallstat J. Path u. anat. 1965 -62-149-
- 46 FRITSCH : Die lapeveranderingen. der Gebärtmitter. Bilrost une Pitha.
Handbuch der Algemeine und Speziellen.Chirurgie.
... Bd. IV. Abt A, Abschu. 9. 1880
- 47 FUNK BRENTANO - ROBERT - GEORGE : Cancer du col utérin et prolapsus
extériorisé.
... " Presse Médicale 10 - 4 1954 - n° 26 p.62
- 48 GAGNON :
... AM.j. Obst. and Gyn. - 1950 - 60-516 -
- 49 GARDNER ALLEN :
... Yale j.Brel. and Medec. - 1939 - 12-213-
- 50 GEIST - SALMON :
... Am. j. Obst. and Gyn. - 1941 - 41-29-
- 51 GLASS - EDMONDSON :
... Endocrinology - 1940 - 27-749-
- 52 GILDER - HOAGLAND :
... Proc. Soc. Exp. Brel. and Med. - 1942 - 61-62-
- 53 GOSSET :
... Cité par Delvaux.
- 54 GREENE - PECKAM :
... Am. J. Obst. and Gyn. - 1947 - 54-611-

- 55 GUNSEIT et RITTER :
... Bull Ste. Radiologie Med. de France Janvier 1934
p. 205 - Résumé j. de Radiologie et d'Ucetiologie
- 1934 - T.IB -
- 56 GUNTHRIE et BACHE :
... Annals of Surgery - 1932 - 96-796-
- 57 GRAHAM (J.B.) SOTTO (LSJ) et PALOUCHEK (FP) : Carcinoma of the
cervix.
...(W.B. Saunders C° Edith) Philadelphie Londres
- 1962 - 12-231-
- 58 HAHN :
... Dans Asht - Am. J. Obst. and Gyn. - 1948 - 55-301-
- 59 HALBAN :
... Zentralstat Gynäk - 1924 - 48-
- 60 HOEGLER :
... Arch. Für Gyn . - 1932 - 150-135-
- 61 HARVEY et RITCHIE :
... " Radiology " - 1943 - 41-48-
- 62 JAILER :
... Cancer - 1948 - 2-98
- 63 JAILER :
... Communication personnelle
- 64 JUDD :
... Cité par Gunthrie et Bache.
- 65 KEZMARSZKY :
... Cité par Bäcker.

- 66 KIEHGINA : Cancer utérin sur prolapsus.
... Akoutsch. Gin. (Moscou) - Mai - Juin 1953 -
N° 3 - 79-80
- 67 KIMBROUGH :
... Dans Steiffey (Discussion)
- 68 KISTNER R.W. : Cercical cancer complicating procidentia.
... Obst and Gynec - 1957 - 10-428-
- 69 KLAVE :
... Polsky Tygodnik le Karski - 1947 - 2-536-538-
- 70 KRAUL :
... Zentralstat f. Gyn. - 1929 - 53-2104-
- 71 KURZ : " Über Carcinomi am prolabierten uterus ".
... Inaug. Diss. verbag. von Frantz Pietzger.
Tübingen 1894.
- 72 LAHM :-
... Cité par Hoëgler.
- 73 LEJARS :
... Cité par Delvaux.
- 74 LERICHE :
... Cité par Delvaux
- 75 LOMBARD - POTTER :
... Cancer - 1950 - 3-960-
- 76 LOUROS (NC) :
... Obstétrique et Gynécologie - Athènes 1963 - 2ème Edit.
- 77 LUMIERE :
... Cité par Delvaux.

78 MAC GLINN :

... Am. J. Obst. and Gyn. - 1927 - 14-626-

79 MAC DONALD :

... Proc. Staaf. Meet. May Clinic - 1946 - 21-416

80 MAC LEOD :

... British M.J. - 1926 - 2-12-

81 MAGENDIE, LEGER, KOLENC et GEORGE : Epithélioma intra épithélial du col
sur prolapsus génital du 3ème degré.

... Bordeaux Chirurgical - Janvier 1955 - n° 1 - p.30 -

82 MALIPHANT :

... British Med. J. - 1949 - June 4 - p.978

83 MARTZLOFF :

... Bul Johns Hopkins Hosp - 1923 - 34-141-

84 MASTZLOFF :

... Am. J. Obst. and Gyn. - 1932 - 24-57

85 MATYAS :

... Zentralbt für Gyn. - 1931 - Vol. IV p. 2739

Abstract J. Am Cancer 1932

86 MEIGES :

... Surg. Gyn and Obst. - 1950 - 90-135

- 87 MEIGES:
 ... Congrès Int. Jubil. Sté Fce de Gyn. Exp. Scient.
 Fce Edition Paris 1951
- 88 MENGE:
 ... Cité par Delvaux.
- 89 MERGER, LEVY, J. MELCHIOR. J. BARRAT : Traitement chirurgical des
 prolapsus génitaux .
 ... Masson Edition 1964
- 90 MILL (W.C.): Utérine descendus and cervical cancer.
 ... Amer. J. of Obst. and Gyn. 1929
- 91 MILLER PYBUS :
 ... Path. and Bact. - 1942 - 54 - 155 -
- 92 MONTEIRO da BARROS et ROCUA :
 ... Revista de Gyn. et Obst - 1946 - 2 - 234 - 243 -
- 93 NEUWEIWER :
 ... Handbook of Gynecological Diagnosis. p. 184 -
 W Heinemann. Med. Book Lrd London 1952
- 94 NICHOLSON E :
 ... Bull. Sect d'obst et de Gyn. - 1928 - 17 - 117 -
- 95 NORBREDA et REBEUO Da CUNHA : Prolapsus utérin et cancer du col.
 ... Rev. Hospit. Nq Sa Parecida Janvier - Mars 1948 - 1-49 -

- 96 NORRIS :
 ... Cité par GUNTHRIE et Bache .
- 97 NOVAK E. :
 ... Gynecologia Williams Nilkins 1948
- 98 OLIVERA (de C.A.B.) : Cancer du col restant prolabé.
 ... Rev. de Gyn. et Obst. 1948 - I - 220-223 -
- 99 PAALMAN et COUNSELLER :Cylindroma of the cervix and Procerdentia.
 ... Am. J. Obst. and Gynec. - 1949 - 58 - 184 -
- 100 PAPAMUTIADES (M) : Fonction rénale des lymphatiques, de l'ovaire
 féminin, et ses rapports anatomiques et fonctionnels avec
 la trompe.
 ... 2ème réunion d'anatomie - Bruxelles 1963 -
 Excerpta Med. - 1963 - 70 - 137 -
- 101 FAUCHET :
 ... Cité par Delvaux.
- 102 PARSON (L) et SOMMERS (S) :
 ... Gynécology (W.B. Saunders C° Edit. Philadelphie -
 Londres - 1962 -
- 103 PELTIER DE GUEIROS :
 ... Cité par Dutra, et Alvarès de Lima.

- 104 PERCIVAL (E) : Three cases of carcinoma of the cervix with precidentia.
... Amer J.Obst. and Gyn. - 1938 -
- 105 PONTOW : " Carcinoma uteri prolapsi "
... Inaug Diss. Berlin - 1893 -
- 106 QUINTET A. - Y. ROSTEIN : S. Prolaps0 génital e cancer -
... Obst. and Gyn. Lat. Am. - 1944 - 2-359-
- 107 RENDEL STEIN :
... Weiner Med. Ns.. - 1953 - ch. 103-295 -
- 108 ROCKER (I) : Malignant charges in procidentia.
... J. Obst. Gynec. But. Emp. 1958 - 65-89-
- 109 ROOTMAN - RAPOPORT - DAVIDSON :
... Am. J. Obst. and Gyn - 1951 - 62-160-
- 110 SANTIAGO PINEDA : Les prolapsus génitaux - le cancer du col associé au
prolapsus total de la femme agée.
... Mem. Ass. Etio. - 1952 - n° 145 - p. 28 -
- 111 SCUEFFREY :
... Am. J. Obst. and Gyn - 1934 - 28-214-

- 112 SCHMIDT :
 ... Monatschr. f. Geburthch and Gyn. - 1898 - 7/506
- 113 SCHOEDER :
 ... Cité par Delvaux
- 114 SEGALOFF :
 ... " Endocrinology " - 1944 - 34-346-
- 115 SELLHEIM :
 ... Cité par Delvaux
- 116 SILVIO SERTA :
 ... Cité par Dutra
- 117 SCHOLES D.M. : Carcinoma del cervix y prolapso uterino.
 ... Obst et Gynec. - 1959 - 13-233-
- 118 SMITH :
 ... Amer J. of Obst. and Gyn. - 1955 - n°2 - p. 198-200-
- 119 SMITH - GRAVES - PEMBERTON :
 ... Am. J. Obst and Gyn. - 1929 - 17-669-
- 120 STARR :
 ... (Discussion dans Gunthrie et Bache)

121 STONE (B.H.) et MANSELL (H) : Procidentia and cervical cancer

... Obst. and Gyn - 1955 - 5-198-

122 STRAUSS :

... Am.J. Obst. and Gyn. - 1936 - 32-1068-

123 SYMEONIDIS :

... Communication personnelle

124 SZENDI : 2 Blatt für Gyn

... 6 Mars 1943 - 67 n° 70 - 455/458

125 TODD :

... Proc. Roy. Sec. Gyn. et Obst. (1937) 30-1343-

126 TRELSSEN : " Cancer of the uterine cervix "

... Rosckilde and Bagger - Copenhagen 1949 p.248-51-

127 URRUTIA M.: Tratamiento del prolapso genital total ulcerado

... Gyn. Y Obst. - Mes. -1958 - 13-76-

128 VINEBERG :

... J. Mt Sinai Hosp - 1963 - 10-33-

129 WAY : Malignant disease of the female genital tract

... The Blaskiston comp. Philadelphia 1951 - P.63

- 130 WEIBEL :
... Réf. Stoch Med. Wschr - 1931 - 57-
- 131 WICKAM :
... Rev. Med. Française, Juillet 1944 - n°7 - 110-112
- 132 WILLIAMS : Cancer of the uterus.
... The Harveian Lectures for 1886 - London 1888 p.19
- 133 WOLLNER :
... Surg. Gynec. and Obst. - 1939 - 86-147-
- 134 ZUKERMANN C. Y Coll. : Tratamiento del prolapso genital Gynec. y Obst.
... Mex.

